

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 126

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES KYSTES DES PETITES LÈVRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 6 Juillet 1923

PAR

Maurice-Étienne de GUYON DE PONTOURAUDE

Médecin de 2^e classe auxiliaire de la Marine.

Né à BREST (Finistère), le 18 Juin 1896.

Examineurs de la Thèse	{	MM. POUSSON, professeur.....	Président.
		LAGRANGE, professeur.....	Juges.
		CHAVANNAZ, professeur.....	
		DUVERGEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91
1923

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922 - 1923 — N° 126

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES KYSTES DES PETITES LÈVRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 6 Juillet 1923

PAR

Maurice-Étienne de GUYON DE PONTOURAUE

Médecin de 2^e classe auxiliaire de la Marine.

Né à BREST (Finistère), le 18 Juin 1896.

Examinateurs de la Thèse { MM. POUSSON, professeur..... *Président.*
LAGRANGE, professeur..... }
CHAVANNAZ, professeur..... *Juges.*
DUVERGEY, agrégé..... }

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1923



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUIL.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Médecine légale et déontologie.....	VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	N....	Médecine générale.....	CREYX.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).		MICHELEAU.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS (chargé)		ROCHER.
	N....	Chirurgie générale.....	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	RÉCHOU.		PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	N....	Obstétrique.....	PÉRY.
	MAURIAC.		FAUGÈRE.
Médecine générale.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
	DUPÉRIÉ.	Pharmacie.....	N....

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie.....	RANGIER.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pathologie interne.....	CREYX.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Pathologie externe.....	PAPIN.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*En témoignage de ma reconnaissance et
de mon affection.*

A MON FRÈRE

ALBERT DE GUYON DE PONTOURAUDE

LIEUTENANT DE VAISSEAU

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARTHÉLEMY

MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1^{re} CLASSE DE LA MARINE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR AURÉGAN

MÉDECIN EN CHEF DE 1^{re} CLASSE DE LA MARINE
SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUVERGEY

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE CHIRURGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a guidé dans son exécution; qu'il
reçoive ici le témoignage de notre recon-
naissance et de notre affection.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MOMSIEUR LE DOCTEUR A. POUSSON

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qu'il nous soit permis ici de lui
exprimer notre reconnaissance pour la
bienveillance qu'il nous a toujours
témoignée, les conseils éclairés qu'il ne
nous a pas ménagés et pour le grand
honneur qu'il nous fait d'accepter la
présidence de cette thèse.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES DES PETITES LÈVRES

INTRODUCTION

La question des kystes du vagin a déjà été l'objet de nombreux travaux, de discussions, quelques thèses, plusieurs articles et revues générales. La connaissance exacte du développement embryologique de la région génitale a permis de classer d'une façon à peu près définitive les kystes du vagin ; mais cette classification est incomplète quant aux kystes des petites lèvres. L'observation d'un cas net avec examen complet chimique et anatomo-pathologique, dans le service de notre Maître M. le Professeur agrégé DUVERGEY, nous a permis de faire une étude d'ensemble de la question.

Nous devons le sujet de cette thèse à l'extrême obligeance de M. le Professeur agrégé DUVERGEY, qui nous donna toujours si volontiers l'appui de ses conseils éclairés. Qu'il trouve ici l'expression de toute notre respectueuse gratitude.

Qu'il nous soit permis d'adresser nos bien vifs remerciements à nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, qui nous ont toujours, avec la plus grande bienveillance, guidé dans nos études.

I

Historique.

Les premiers cas de kystes des petites lèvres ont été signalés par Boys de Loury, en 1840, et Hughier, en 1850 ; Pana, en 1858 ; Kirmisson, en 1874 ; Werth, en 1898, ont relevé les cas suivants.

Puis vinrent les observations de Witchire, Müller, Lerat, en 1881 ; ceux de Smith Kemmel, en 1888 ; ceux de Klein-watcher, en 1889 ; Taylor, Bagot, Brandt, Fischer, en 1891 ; Monnier, en 1892 ; Dobbert, en 1896 ; Jacobson, en 1897 ; de Mayaldhaes, de Rio-de-Janeiro, en 1898. En résumé, dans une thèse en 1898, Weber n'en réunissait que 26 cas, dont 11 seulement furent étudiés au point de vue histologique. Depuis ont été publiés les cas de Morestin, Prat, Mac Grégor, Bluhm, Peraire, Fredet, Vladimiroff, Biondi, celui de M. le Professeur agrégé Duvergey (A propos d'un cas de kyste muqueux de la petite lèvre. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*).

II

Anatomie pathologique.

Siège. — Les kystes des petites lèvres se développent, le plus souvent, au niveau du bord libre et de la face externe des petites lèvres, dans le segment supérieur, quelquefois même ils siègent à la fourchette et peuvent être ainsi à

cheval sur les deux lèvres. Cela s'observe surtout pour les cas de tumeurs sébacées (Bagot).

Volume. — Le volume des kystes des petites lèvres est assez variable, depuis la grosseur d'un pois (Boys de Loury) à celle d'une orange (de Mayaldhaes). Morestin a publié un cas de kystes gros comme un petit œuf. Bluhm relate deux cas de kystes atteignant la grosseur d'une pomme. Howard A. Kelly rapporte un cas de kystes multiples variant en dimensions de un demi à deux centimètres de diamètre. Le plus ordinairement il s'agit de kystes uniques.

Signes. — La tumeur a un complet développement ou bien elle envahit la base de la petite lèvre, empiétant sur la grande ; elle peut aussi pendre à l'extrémité des nymphes qui lui servent de pédicules. La tumeur apparaît alors en dehors de la fente vulvaire et peut gêner la miction et le coït. Le plus souvent elle est indolore et les malades viennent consulter le médecin non pour les phénomènes douloureux mais pour la gêne résultant de la présence de cette tumeur. On peut observer des cas de kystes à pédicule allongé, évidemment plus gênants.

III

Pathogénie.

Les kystes des petites lèvres peuvent être divisés en deux catégories : les plus nombreux sont les kystes sébacés ; quelques-uns, plus rares, sont à type muqueux. Nous passerons rapidement sur la première catégorie pour nous occuper plus longuement de la discussion pathogénique des kystes muqueux des petites lèvres.

A) Kystes sébacés.

Les kystes sébacés siègent surtout sur la face externe des petites lèvres ; dans cette région, en effet, Martin et Léger ont compté dans un centimètre carré 130 à 140 glandes sébacées, pour un chiffre de 28 à 30 dans un même espace de la face interne. Le plus grand nombre d'observations se rapporte à des cas de cette nature.

Les kystes sébacés sont superficiels, et comprennent une coque conjonctive peu épaisse, avec des nerfs, des vaisseaux, quelques lymphatiques, une membrane basale sur laquelle repose un épithélium stratifié formé de cellules claires, basses, à gros noyau, et de cellules polyédriques à noyau déchiqueté, chargées de gouttelettes graisseuses.

La cavité contient une substance grumeleuse, caséeuse, claire, jaunâtre, identique au produit de sécrétion normale des glandes sébacées et auquel Wertheimer a attribué un rôle d'excitant génésique.

Les kystes sébacés de cette région se développent suivant le processus général de développement des kystes sébacés : par rétention. Les kystes sébacés apparaissent le plus souvent après la puberté. On sait, en effet, que les glandes sébacées sont à peu près absolument inactives jusqu'à cette époque et qu'elles prennent leur plus grand développement pendant la grossesse.

Observation I.

BAGOT. — « Kystes des petites lèvres ». (*Journal of Med. science*, Dublin, 1891).

Jeune fille de 23 ans. Se plaint d'une tumeur qui sort du vagin, gêne sa marche.

A l'examen, tumeur grosse comme une noix, envahissant les deux petites lèvres et la partie inférieure du clitoris : l'orifice vaginal est normal, de même l'urètre ; l'hymen est intact.

La superficie du kyste est lisse ; au-dessous de lui il y a un second kyste plus petit.

Ablation.

Dans la paroi du kyste principal, il y avait plusieurs kystes secondaires ; le contenu était grumeleux, jaunâtre, avec de la graisse et des cristaux de cholestérine.

Examen histologique. — Paroi conjonctive avec épithélium aplati.

Observation II.

A.-F. BRANDT. — « Contribution à l'étiologie des kystes des petites lèvres ». (*Journal des acc. et mal. des femmes*), St-Petersbourg, 1884, p. 857-868).

E... A..., 44 ans. A remarqué, il y a 8 ans, une petite tumeur située sur la petite lèvre droite qui s'est peu à peu accrue sans douleurs jusqu'à atteindre un volume considérable.

A l'examen, dans la petite lèvre droite, au niveau de son tiers supérieur, dirigée du côté du clitoris, au niveau du bord libre de la petite lèvre, existe une tumeur du volume d'une noix. Le reste de la petite lèvre lui forme un pédicule. La tumeur est ronde, entièrement recouverte par les téguments de la nymphé qui sont légèrement rougeâtres au niveau de la face qui regarde le vestibule. La consistance est mollassé, la palpation indolore.

Ablation par incision du pédicule.

Examen de la tumeur. — A l'incision des parois assez épaisses, il s'écoule une petite quantité d'un liquide parfaitement clair, mais dans le kyste reste une grande quantité d'une masse blanchâtre, tapissant toutes les parois du kyste. Après l'ablation de cette masse, la paroi du kyste apparaît brillante.

Examen microscopique. — Paroi de nature conjonctive, plus dense du côté de l'intérieur du kyste ; elle contient quelques cellules fusiformes, peu nombreuses. L'intérieur du kyste est tapissé par une seule couche de cellules cylindriques, à noyaux arrondis, nettement colorés, avec des figures karyoci-

nétiqnes. La masse intérieure du kyste, amorphe, ne prenant pas la matière colorante, contient plusieurs éléments divers : 1° de grandes cellules polyédriques rappelant celles qui appartiendraient à un épithélium stratifié ; 2° des noyaux isolés, colorés, sans corps cellulaire ; 3° des granulations graisseuses.

Observation III.

KIRMISSON. — (*Annales de gynécologie*, 1874, t. II, p. 148).

Jeune fille de 18 ans. La tumeur a débuté il y a 4 ou 5 ans et a grossi sans aucune douleur. Elle a le volume d'un petit œuf de poule ; elle est piriforme, à grand axe vertical et nettement séparée en deux par une bride transversale, située un peu au-dessus de la partie moyenne. Sa consistance est molle, pâteuse ; comme elle est lâchement pédiculée, elle retombe dans l'orifice vulvaire, donnant l'idée d'un petit scrotum à cause de sa division bilobée. La peau, amincie, laissant voir de petits vaisseaux, glisse sur la face externe du kyste.

Ablation.

Le kyste renferme une matière blanchâtre, demi-liquide, ressemblant à du lait caillé ; on y rencontre un grand nombre de lambeaux, formés de cellules épithéliales longues et irrégulières pourvues d'un noyau volumineux, et dont quelques-uns, vus de champ, se présentent sous un aspect fusiforme.

Le liquide est très riche en cristaux de cholestérine.

Kirmisson croit que c'est un kyste développé aux dépens d'une des nombreuses glandes sébacées des petites lèvres.

Observation IV.

PANA. — « Kyste sébacé de la petite lèvre ».

Femme de 60 ans. Porte un kyste qui a mis douze ans à se développer. Ce kyste présente peu à peu la forme et le volume d'un testicule ; il est aplati transversalement et s'étend depuis la racine du clitoris jusqu'à la fourchette. Les enveloppes sont

constituées par la peau doublée d'une tunique fibro-celluleuse assez résistante. Il renferme une matière sébacée caséeuse, ayant tout à fait, par sa couleur et sa consistance, l'apparence du mastic des vitriers. Au milieu de cette substance homogène, on ne trouve ni poils ni concrétions.

Observation V.

TAYLOR. — « Case of cholesterès tumor of the vulva ». (*Journal of the cut. discuss.*, N.-Y., 1890, p. 387).

Irlandaise de 45 ans, a eu un enfant, n'a jamais été malade. Elle entre en se plaignant de douleurs dans le bas-ventre, d'écoulement muco-purulent.

Examen. — Tumeur qui pend à la partie supérieure des petites lèvres et du prépuce clitoridien, sur un long pédicule. Sa consistance est mollassse ; à l'incision, elle a donné issue à un contenu graisseux.

B) Kystes muqueux.

L'étude de ces kystes est plus complexe. Pozzi, dans son *Traité de Gynécologie*, déclare que tout kyste muqueux des petites lèvres prête à discussion.

M. le Professeur Bégouin considère les kystes muqueux comme des productions développées aux dépens des glandes.

Forgue et Massabuau les classent comme provenant soit des glandules de Bartholin aberrantes, soit de glandes muqueuses en tube dont la présence est possible dans les petites lèvres, soit de restes wolffiens.

Bluhm et Weber ont parlé de kystes lymphatiques.

Nous allons passer en revue ces diverses pathogénies en nous appuyant sur les observations qui se rapportent à ces différents cas.

a) *Kystes lymphatiques*. — Il semble logique d'admettre la possibilité de la formation de ces kystes dans les petites lèvres. Cette région est en effet abondamment pourvue de tissu conjonctif, de vaisseaux sanguins et lymphatiques. Une inflammation banale d'origine quelconque, soit traumatique soit congestive, peut déterminer une distension des faisceaux conjonctifs, avec collection de lymphes, de plasma, sous forme de tumeur.

Caractères histologiques. — Au point de vue histologique, ces kystes présentent un revêtement endothélial à grandes cellules aplaties caractéristiques dont on déterminera le type par la coloration spécifique et l'imprégnation argentine. Le contenu des kystes lymphatiques est clair et fortement albumineux.

Les cas de Monnier, de Jacobson, Lerat, dont nous allons publier les observations, peuvent être classés dans un tel groupe. Dans le cas de Monnier, il s'agit d'un kyste entouré de vaisseaux lymphatiques distendus et dépourvus de tout revêtement. Peut-être quelques cellules endothéliales, très affaissées, ont-elles échappé à l'examen. Dans les deux autres cas les auteurs ont trouvé un revêtement formé de cellules très aplaties, entouré de nombreux vaisseaux lymphatiques, dit Lerat.

Observation I.

MONNIER. — (*Bull. Société anatom.*, 1892, t. VI, p. 748).

Malade de 36 ans. Début il y a 4 ans après une grossesse. Le kyste grossit lentement et sans douleur. Il a la forme et la coloration d'un gros testicule appendu au pédicule que lui forme la petite lèvre toute entière et la moitié correspondante du capuchon clitoridien. La peau qui le recouvre était celle de la petite lèvre ayant subi un certain degré de cutisation.

En un point on voit une sorte de dépression en doigt de gant de un centimètre de profondeur.

L'aspect de la tumeur est régulier. A la palpation, on a la

sensation d'une réunion de loges à contenu myxomateux. La ponction d'une des loges donne issue à un liquide colloïde verdâtre.

Examen microscopique (Dubief). — On voit en dehors de la paroi kystique, revêtu d'une couche d'épithélium pavimenteux stratifié, recouvrant la tête de nombreuses papilles et en-dessous, un stroma conjonctif, véritable derme dont la face libre est irrégulière ; c'est elle qui était en contact avec le liquide du kyste. Donc pas d'épithélium.

Observation II.

JACOBSON. — « Kyste de la petite lèvre droite ». (St-Petersbourg, Juin, 1897).

Jeune fille vierge de 16 ans. Réglée à l'âge de 14 ans. A vu se développer depuis cette époque une tumeur au niveau des parties génitales. Ni douleur, ni troubles d'aucune sorte, si ce n'est un peu de gêne.

Examen. — Grandes lèvres normales entre lesquelles apparaît une tumeur du volume d'un œuf, fluctuante, élastique. Celle-ci est surtout développée aux dépens de la partie supérieure de la petite lèvre droite. Ni la lèvre gauche, ni le frein du clitoris, ni le prépuce de ce côté ne participent à sa constitution. Le prépuce du côté droit ne se termine pas par un bord libre, mais se continue insensiblement sur la tumeur. On peut arriver à sentir les corps caverneux et le clitoris, mais non pas à les voir. L'urètre est normal au-dessous et à gauche de la tumeur.

Extirpation in toto.

Examen histologique. — Trois couches : 1° cutanée normale ; 2° paroi tissu conjonctif lâche avec lymphatiques distendus ; 3° intérieur sans épithélium.

L'auteur croit à un kyste lymphatique.

Observation III.

LERAT. — « Kystes des deux petites lèvres »; (*Bull. Société anatomique de Nantes*, 1881, vol. 57).

Femme de 50 ans. Kyste ayant apparu il y a 20 ans, quelque temps après un accouchement. L'un des kystes s'est vidé au moment de l'ablation. Son contenu était un liquide filant, visqueux, grisâtre, colloïde.

L'intérieur de la plus grosse des tumeurs présente une masse homogène couleur mastic.

Examen histologique. — La membrane est formée : 1° peau normale de la petite lèvre ; 2° papilles dermiques et tissu conjonctif vasculaire ; 3° une couche de cellules aplaties, reste d'un épithélium glandulaire.

Dans le derme, nombreuses glandes sébacées ; les lacunes lymphatiques sont très élargies et leur épithélium est un peu gonflé.

b) Kystes muqueux développés aux dépens des glandes muqueuses.

La présence de ces glandes est douteuse. Contrairement à Ballantyne, qui n'admet pas leur existence, et à Wertheimer et Nagel, qui n'en ont jamais rencontré, Schauta prétend qu'il peut exister des glandes muqueuses en tube. Nous n'en avons jamais rencontré et, nous rapportant de plus à l'opinion des classiques, nous estimons qu'il ne faut pas tabler sur une telle origine.

c) Kystes muqueux développés aux dépens des restes embryonnaires.

Ainsi qu'il ressort d'un aperçu embryologique bref, on voit que le développement des petites lèvres ne semble pas autoriser l'existence de vestiges embryonnaires. Aucun

auteur n'en a rencontré. Le développement des petites lèvres, indépendamment des canaux de Wolf, de Gartner et de Müller, concorde avec cette notion. Nous devons dire que les travaux de Weber et de Hartmann ont facilité l'identification d'un tel kyste, et les examens histologiques peuvent préciser l'origine d'une telle tumeur.

Caractères histologiques. — Ces kystes wolfiens se caractérisent par des prolongements remontant vers le clitoris, les grandes lèvres, le méat urinaire, la paroi vaginale, c'est-à-dire vers les régions où les vestiges wolfiens existent. Ils sont formés d'une enveloppe conjonctive avec fibres musculaires à un stade variable de formation et de développement, et d'un épithélium à cellules cubiques, hautes sur une ou deux assises, le plus souvent ciliées. C'est là le caractère typique de toutes les formations wolffiennes. Leur contenu est limpide, eau de roche.

Mayaldhaes, dans son ouvrage « Contribution à l'étude des kystes séreux des petites lèvres », publie une observation d'une tumeur pédiculée ovalaire, longue de 8 centimètres, siégeant sur la petite lèvre droite, et qu'il considère comme un kyste ayant le canal de Wolf pour origine.

Observation.

S. DE MAYALDHAES. — (*Mémoire de l'Acad. de Méd.*, 1897, p. 227-693).

Mulâtresse de 26 ans, ayant eu trois enfants nés à terme, qui porte sur la petite lèvre droite une tumeur pédiculée ovalaire, longue de 8 centimètres, large de 5 centimètres. Cette tumeur pend au devant de la vulve qu'elle cache complètement. La surface est égale, sans bosselures ; les téguments sont très distendus. A la palpation, on constate une fluctuation très prononcée. La compression ne provoque pas de douleurs, elle n'amène ni la réduction de la tumeur, ni l'issue du liquide ; la toux, l'effort n'en modifient pas le volume. C'est vers l'âge de 12 ans que le kyste a commencé à se développer ; depuis

lors il a progressivement grossi. Ordinairement indolent, il devenait gênant au moment des rapports sexuels. Au dire de la malade, la tumeur se vidait spontanément au commencement de ses grossesses ; il s'écoulait alors, par la vulve, un liquide blanc, glaireux, tachant le linge à la façon de l'empois ; la tumeur restait petite jusqu'à l'accouchement, puis reprenait les dimensions habituelles. Mais ces faits ne sont pas hors de conteste, car la compression de la poche kystique n'en amenait pas la vacuité et l'examen de cette poche, après l'extirpation, démontra que sa paroi était entièrement close.

L'ablation, faite le 17 avril 1896, s'est effectuée aisément et sans que la tumeur ait été ouverte.

Examen histologique. — Epithélium à cellules larges, prismatiques, presque cubiques, les noyaux étant tous situés à la même hauteur et formant une couche continue. On remarque en outre de nombreux petits bourgeons épithéliaux et papilliformes, très développés en certains endroits. Au-dessous de l'épithélium, couche conjonctive, puis la peau.

Contenu. — Liquide séreux, albumineux, limpide, à peine jaunâtre, aseptique puisqu'il est resté clair 14 mois après son ablation.

M. de Mayaldhaes croit à un kyste ayant le canal de Wolf pour origine.

d) Kystes muqueux développés aux dépens de glandules de Bartholin aberrantes.

Les kystes des petites lèvres peuvent se développer aux dépens de la glande de Bartholin elle-même. C'est le cas que Müller cite dans son observation où il est question d'un kyste dont la cavité, revêtue d'un épithélium stratifié morphologiquement semblable à celui du canal excréteur de Bartholin, s'ouvrait dans ce canal par un petit orifice.

Le cas de Werth est un type de kyste d'origine bartholinique par son épithélium cylindrique non cilié, à cellules claires, hautes, avec un noyau basal et effilé.

Le cas très net que nous avons observé dans le service de

notre Maître, M. le Professeur agrégé Duvergey, entre dans cette catégorie. Notre tumeur, dont les cellules présentent les caractères morphologiques de l'épithélium de la glande de Bartholin, renfermait surtout des matières mucoïdes. On conçoit que ces tumeurs soient fréquemment exposées aux traumatismes légers mais répétés, pouvant entraîner de petites hémorragies intra-kystiques.

Caractères histologiques. — Quand ces kystes se sont développés aux dépens du canal excréteur de la glande de Bartholin, ils présentent un épithélium stratifié à deux couches communiquant avec le canal excréteur, dont il reproduit les caractères morphologiques.

Quand ces kystes proviennent d'un lobule aberrant de la glande de Bartholin, ils présentent un épithélium à une assise de cellules cylindriques, non ciliées, avec quelques cellules mucipares à noyau basal, à pointe effilée vers la basale. Ils contiennent un liquide filant, mucoïde, jaunâtre, coloration due à la transformation du sang épanché dans le kyste à la suite de petites hémorragies intra-kystiques consécutives à divers traumatismes de la région.

Observation I.

MÜLLER. — (*Berlin Klin. Woch.*, 1881, p. 449).

Femme de 24 ans. Toujours bien portante et régulièrement réglée. Deux accouchements, dont un avant terme. Depuis quelques mois, elle a remarqué une grosseur du volume d'une noix à la gauche de la vulve. En la pressant, la malade a fait sourdre un liquide clair. Jamais de douleurs.

Examen. — Jeune femme blonde, maigre. A la partie inférieure des petites lèvres, au niveau de l'orifice de sortie du canal excréteur de la glande de Bartholin, on sent sous les téguments une tumeur arrondie, lisse, jaunâtre. L'orifice est si petit qu'il fut impossible de le sonder.

Ablation. La tumeur est enlevée en même temps que les glandes de Cooper. Guérison.

Examen histologique. — L'intérieur du kyste, même à l'œil nu, est vilieux. Sur les coupes, on peut contrôler la structure papillaire du kyste ; les papilles sont de nature conjonctive, avec quelques éléments musculaires. L'épithélium est de deux sortes : d'une part, l'épithélium formé d'une seule rangée de cellules rondes assises sur une fine membrane basale ; d'autre part, épithélium pavimenteux stratifié rappelant celui des téguments. Le passage de l'un à l'autre est direct.

L'auteur croit à un kyste du conduit excréteur de la glande de Bartholin.

Observation II.

WERTH. — (*Central blatt. für Gyn.*, 1878, p. 513).

Jeune femme de 20 et quelques années. Au dire de la malade, à la suite d'une contusion, il s'est développé en deux ans un kyste du volume d'une cerise au niveau de ses parties génitales. Jamais de douleurs.

Examen. — Tumeur siégeant à gauche au niveau du *sulcus interlabialis*, environ entre le tiers supérieur et moyen de la petite lèvre. La peau, fortement tendue, est lisse et permet de voir le liquide au travers.

Extirpation facile. — A l'incision, il s'écoule un liquide jaunâtre et visqueux. Il est assez albumineux et, au microscope, montre quelques cellules cylindriques isolées.

Au milieu de la paroi lisse du sac kystique, on peut remarquer, appendues à un mince pédicule, deux excroissances grosses comme des pois, d'une couleur blanc grisâtre, ayant la structure glandulaire de la superficie.

Examen microscopique. — Le stroma est du tissu conjonctif dont les faisceaux sont pleins de culs-de-sac glandulaires. Sur certaines préparations, on voit l'entrée de petits diverticules glandulaires.

L'épithélium est composé de hautes cellules cylindriques avec des noyaux disposés en stries régulières (palisaden formige). Les culs-de-sac glandulaires sont très serrés les uns contre les autres, s'enfonçant dans le tissu conjonctif sous-jacent. C'est seulement en quelques endroits qu'ils laissent quelque espace entre eux. Ils sont aussi tapissés par une seule rangée de cellules. Dans ce tissu, on trouve des tracés de cellules en forme de nid qui, dans certaines parties de la préparation, peuvent facilement être suivies jusqu'aux bourgeons précités.

L'épithélium cylindrique s'étend à la partie inférieure du kyste, jusqu'à la base du pédicule, pour prendre ici les propriétés d'un épithélium pas encore très épais, mais déjà nettement pavimenteux. La superficie de la tumeur se montre sous le microscope partout lisse, à part quelques petites papilles basses qui se trouvent au voisinage de l'insertion de la petite tumeur secondaire.

Observation III.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé DUVERGEY).

Marie F..., âgée de 40 ans, salle 1 bis. Entre, le 2 mars 1922, pour se faire enlever une tumeur développée sur la petite lèvre droite. Constatée par la malade elle-même pour la première fois il y a huit ans, cette tumeur a subi une augmentation très appréciable à l'occasion d'un accouchement survenu il y a deux mois. Elle ne détermine aucun trouble sérieux en dehors d'une gêne pour la marche. La tumeur pédiculée, du volume d'un œuf de poule, fait saillie hors de la vulve ; elle siège sur le bord libre de la petite lèvre droite, à sa partie moyenne. Elle est peu tendue, fluctuante, opaque à la lumière, recouverte d'une muqueuse épidermisée. Les limites internes sont nettement perçues dans le bord de la petite lèvre qu'elle déborde légèrement. Il faut signaler qu'elle devient plus tendue à l'occasion des règles. Elle est indolore. Le diagnostic de kyste dermoïde est posé. Le 3 mars 1922, une injection de syncaine à $\frac{1}{2}$ % est pratiquée dans l'épaisseur du bord libre de la petite

lèvre, à la limite du kyste. Une incision sur le bord libre de cette petite lèvre permet d'extirper le kyste. La petite lèvre est ensuite complètement reconstituée avec quelques points de catgut.

Suites opératoires normales. Guérison.

Le contenu du kyste est liquide muqueux, brunâtre. Il est recueilli en totalité. M. le Professeur Denigès nous en donne l'analyse suivante :

« Substance gélatineuse et visqueuse très adhérente aux parois du vase, de couleur brunâtre. Elle a donné à l'analyse :

Matières solides pour 100.....	23 ^{gr} 50
Eau	76 ^{gr} 50

» Les matières solides renfermaient :

1^{re}60 de sels minéraux (pour 100 de substance), dont 0^{re}30 de Na Cl. Le reste étant composé de matière mucoïde donnant des substances réductrices par hydrolyse.

» Quant à la matière colorante, elle était constituée par des résidus hématiques (obtention d'une très notable quantité d'hémochromogène par l'action des alcalis en milieu réducteur). »

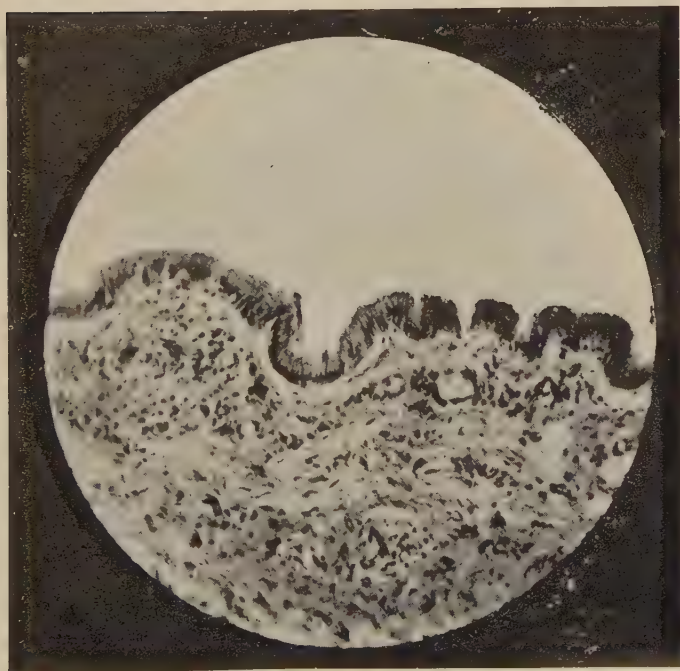
L'examen anatomo-pathologique de la paroi du kyste a été fait par M. le Professeur Sabrazès, qui nous a fourni la note suivante :

« Revêtement épithélial cylindrique, non cilié, formant une bordure onduleuse; les cellules, dont un tiers sont des cellules mucipares, ont un noyau en fusion à pointe dirigée vers la basale et supportées par un tissu conjonctif infiltré surtout de lymphocytes doublant le revêtement pavimenteux du vagin. Dans le chorion, ça et là, des granulo-basocytes, quelques éosinophiles et parfois un polynucléé affleurant la basale. Dans les cellules mucipares, le mucus se révèle différemment suivant sa maturité ».

On peut conclure à une production kystique développée aux dépens d'une glandule aberrante de Bartholin.



KYSTE MUQUEUX DE LA PETITE LÈVRE DROITE



COUPE DU KYSTE (revêtement épithélial cylindrique à bordure onduleuse).

Étiologie.

On ne peut rien dire de bien précis au sujet de l'étiologie des kystes des petites lèvres. La grossesse paraît jouer un rôle dans la formation de ces kystes et, dans beaucoup de cas, on signale l'apparition de la tumeur à la suite d'un accouchement. Le fait s'explique évidemment par l'activité des glandes sébacées à cette époque, et ce développement à marche spéciale indique aussi la nature sébacée du kyste observé.

On ne peut dire que ces kystes apparaissent à un âge déterminé, car on en a constaté chez l'enfant, l'adulte, la femme vierge et la multipare. Cependant, si nous nous reportons aux quelques observations déjà citées dans notre thèse, nous voyons que les kystes des petites lèvres se rencontrent en général entre 16 et 60 ans ; plus particulièrement entre 16 et 35 ans (tels sont les cas de Bagot, Kirmisson, Monnier, Jacobson, Mayaldhaes, Müller, Werth), plus rarement entre 35 et 50 ans (Brandt, Taylor, Lerat, Duvergey, Fichez), exceptionnellement à 60 ans (Pana). Nous voyons donc que les kystes sont surtout fréquents à la période d'activité de la vie génitale.

Symptomatologie.

D'une façon générale, les kystes des petites lèvres se développent très lentement et mettent plusieurs mois à grossir. Au début, la malade n'accuse ni douleur, ni trouble d'aucune sorte ; mais, quand ces kystes ont atteint un volume assez considérable et qu'ils sont mal situés, leur présence peut apporter une gêne à la miction et à la défécation et même, dans certains cas, rendre difficile ou impossible les rapports sexuels.

Souvent, c'est à l'occasion d'un examen génital que l'on découvre l'existence d'une petite grosseur sessile, quelquefois pédiculée, apparaissant alors en dehors de la fente vulvaire. En général cette tumeur est molle, fluctuante, se laissant explorer et mobiliser au doigt sans douleur. Les kystes sébacés sont plus fréquents que les kystes muqueux et présentent une consistance plus résistante ; d'autre part, ils ne se développent qu'après la puberté et leurs variations de volume sont liées aux fonctions génitales, aux accouchements en particulier. Enfin ils sont superficiels, siégeant surtout à la face externe.

Les kystes muqueux siègent sur toute l'étendue des petites lèvres ; ils sont plus mollasses que les sébacés et, en général, plus volumineux. Il faut également signaler qu'ils deviennent plus tendus et augmentent de volume à l'occasion des règles.

Complications.

En dehors des complications mécaniques que peut entraîner la présence des kystes des petites lèvres (gêne apportée à la miction, défécation, coït, accouchement), nous devons mentionner les complications infectieuses, plus importantes mais également très rares.

I. — *Suppuration*. — Le kyste peut s'infecter à la suite d'un simple traumatisme ou consécutivement à une inflammation congestive. Cette infection peut alors devenir le point de départ d'une suppuration.

II. — *Fistulisation*. — Cette suppuration peut se prolonger et amener à la longue une véritable fistulisation.

III. — *Hémorragies intra-kystiques*. — Elles sont rares et sans gravité, survenant à la suite d'une poussée congestive, au moment des règles ou de la grossesse.

IV. — Enfin le kyste peut subir la *transformation épithéliomateuse*, complication exceptionnelle mais à laquelle on doit penser. Nous ne connaissons pas jusqu'à présent d'exemple de pareille complication.

Nous voyons donc que le pronostic des kystes des petites lèvres est particulièrement bénin.

Diagnostic clinique.

En présence de toute tumeur siégeant dans la région des petites lèvres, on pensera aux productions que l'on peut rencontrer dans cette région. Il faudra écarter l'hypothèse d'une collection purulente. Dans ce cas on trouvera une porte d'entrée d'origine souvent vénérienne. On sait, en effet, que c'est souvent dans les replis cutanés des petites lèvres que siègent ces lésions.

Il faudra songer aussi aux hématomes d'origine traumatique. La disposition des petites lèvres est dans certains cas telle qu'elles subissent au cours des coïts de fréquents traumatismes ; le facteur douleur interviendra dans l'élimination de ce diagnostic.

On sait également que l'on peut rencontrer dans cette région des thrombus d'origine veineux, variqueux, soit liés à l'existence de compression au cours d'une grossesse ou de tumeurs abdominales, soit liés à l'état veineux en général. Dans ce cas, la présence d'autres manifestations de même ordre : varices des membres, phlébites, s'ajouteront à ce facteur. Le kyste des petites lèvres a d'autres caractéristiques que ceux de la tumeur en général. Un des principaux est qu'il est indolore, mollasse, pédiculé, le plus souvent unique. Quant à la détermination de sa nature, seul un examen anatomo-pathologique pourra en donner la nature exacte.

On peut dire cependant que le kyste sébacé est superficiel et siège surtout à la face externe ; il ne se développe qu'après la puberté, et ses variations de volume sont liées aux fonctions génitales, aux accouchements en particulier.

Les kystes muqueux siègent sur toute l'étendue des petites lèvres; ils sont plus mollasses que les kystes sébacés et ordinairement plus volumineux.

Traitement.

L'extirpation complète sous anesthésie locale est le traitement de choix ; la présence de ces kystes constitue une gêne assez sérieuse pour qu'il soit nécessaire d'en débarrasser les malades.

On emploiera l'essence de goménol pure pour l'antisepsie du champ opératoire ; puis on aura recours à une injection de syncaïne à $\frac{1}{2}$ % pratiquée dans l'épaisseur du bord libre de la petite lèvre, à la limite du kyste. Une incision sur le bord libre de cette petite lèvre permet d'extirper le kyste. On terminera par une hémostase soignée afin d'éviter les hématomes qui, dans cette région, s'infecteraient fatalement. La petite lèvre est ensuite complètement reconstituée avec quelques points au catgut. Quand ces kystes ont une origine profonde, on est alors obligé de procéder à une dissection souvent minutieuse dans l'épaisseur de la petite lèvre. La guérison est généralement complète au bout de 15 à 20 jours. Aucun cas de récurrence n'a été publié.

CONCLUSIONS

Il résulte de ce que nous avons exposé que :

- 1° Les kystes des petites lèvres sont surtout des kystes sébacés et siègent sur la face externe de ces organes; ils ont une consistance plus résistante que les kystes muqueux ;
- 2° Les kystes muqueux sont exceptionnels, ils sont surtout d'origine :
 - a) Glandulaire, développés non pas aux dépens de la glande de Bartholin, mais bien aux dépens de glandules aberrantes du même type mais absolument séparées ;
 - b) Wolfienne, à type absolument net, avec un épithélioma cilié et à paroi conjonctive musculaire ;
 - c) Lymphatique, à cellules endothéliales, que l'on ne peut affirmer que par révélation de ces cellules à l'imprégnation argentique, mais dont l'existence peut être admise en raison de la richesse de ces régions en tissu conjonctif et en vaisseaux lymphatiques.

Le traitement de choix est l'extirpation du kyste.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

A. POUSSON.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 11 Juin 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BAGOT. — Kystes des petites lèvres. (*Journal de méd. sciences de Dublin*, 1891.)
- BRANDT. — Contribution à l'étiologie des kystes des petites lèvres. (*Journal des acc. et mal. des femmes*, Saint-Pétersbourg, 1884.)
- KIRMISSON. — *Annales de Gynécologie*, 1874, t. II, p. 148.
- PANA. — Kyste sébacé de la petite lèvre. (*Bull. Société Anat. de Paris*, 1858, volume 33, p. 47.)
- TAYLOR. — *Journal of the Discuss.*, New-York 1890, p. 387.
- MORESTIN. — *Bull. et Mém. Société Anat.*, 21 mars 1902.
- FRIDET. — *Bull. Société Anat.*, Paris 1905.
- BARENSPRUNG. — Cysten in den Schanlippen. (*Annalen Charite*, 1885, VI, p. 41.)
- KUMMEL. — *Archiv. für pathol. Anat.*, 1888, volume 114, p. 425.
- SMITH. — *British med. Journal*, 1888, p. 250.
- WERTH. — Zur Anat. der Cysten der Vulva. (*Central Blatt. für Gyn.*, Berlin 1878, p. 513.)
- DOBBERT. — *Journal des Acc. et maladies des femmes*, Saint-Pétersbourg, mai 1896.
- JACOBSON. — Kyste de la petite lèvre droite. Saint-Pétersbourg, juin 1897.
- KLEINWATCHER. — *Zeitung für Gyn.*, 1889, p. 36.

- LERAT. — Kystes des petites lèvres. (*Bulletin Société Anat. de Nantes*, 1881, volume 57.)
- MAYALDHAES. — *Mémoire de l'Académie de Médecine*, 1897, p. 227 et 693.
- MONNIER. — *Bull. Société Anat. de Paris*, 1892, vol. VI, p. 748.
- MULLER. — *Klinik Wochenschrift*, Berlin 1881, p. 449.
- WILTSHIRE. — *Obstetrical. trans. London*, 1881, p. 206.
- BÉGOUIN. — *Traité de Gynécologie*. (MASSON.)
- BIONDI. — *Monatschrift für Gyn.*, 1908.
- BLUHM. — *Archiv. für Gyn.*, t. LXII, n° 1.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Traité de Gynécologie*.
- FRIDET. — *Bulletin Société Anat.*, 1905.
- MAC GRÉGOR. — *Edinburgh. Obst. Société*, 1903.
- MORNET. — *Revue de Chirurgie*, 1895, p. 382.
- HARTMANN. — *Thèse de Paris*, 1918-1919.
- MORESTIN. — *Bulletin et Mém. Société Anat.*, 21 mars 1902.
- PERAIRE. — *Bulletin et Mém. Société Anat.*, 1905.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*. (MASSON, 1907.)
- FREDET. — Kystes du vagin. (*Annales de Gynécol.*, mars 1904, p. 129.)
- HERTWIG. — *Précis d'embryologie de l'homme et des vertébrés*.
- MARION. — Kystes du vagin. (*Gazette des hôpitaux de Paris*, février 1902.)
- QUÉNU. — *Bull. Société Anat.*, juin 1889.
- ROBERT. — Kystes de la paroi postérieure du vagin. (Thèse de Paris, 1899.)
- THALINGER. — Kystes de la paroi antérieure du vagin. (Thèse de Paris, 1885.)

WEIL. — Contribution à l'étude des kystes du vagin. (Thèse de Nancy, 1904.)

ZELIGSON. — Thèse de Paris, 1895.

LOUBAT. — *Paris Médical*, 1913.

DUVERGEY et FICHEZ. — *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 7 mai 1922.

